

北塩原村妊婦にやさしい出産時移動支援事業助成金交付申請内訳書

		收受日 (市町村記載欄)	年 月 日
住 所(ア)	北塩原村大字		
里帰り先住所(イ)			
ふりがな 妊婦氏名		電 話 番 号	
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
分娩予定医療機関 (ウ)		妊婦健診医療機関 (エ)	

【①交通費】

利用日	経 路 ()に上記の(ア)～(エ)を記載してください。	交通手段 該当するものに ☑してください	交通費 ①×②
妊婦健康 診査受診時	() ~ () 運賃 _____ 円① 片道 k m×50円×2 ① ※1km未満は端数を除く	回② <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス	円
	() ~ () 運賃 _____ 円① 片道 k m×50円×2 ① ※1km未満は端数を除く	回② <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス	円
	() ~ () 運賃 _____ 円① 片道 k m×50円×2 ① ※1km未満は端数を除く	回② <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス	円
	() ~ () 運賃 _____ 円① 片道 k m×50円×2 ① ※1km未満は端数を除く	回② <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス	円
分娩時 年 月 日	() ~ () 運賃 _____ 円① 片道 k m×50円	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー	円
車賃計算法：自宅から医療機関及び宿泊施設までの距離×50円			交通費合計： 円×0.8 = _____ 円(A)

【②宿泊費】

宿泊者名	利用期間	泊数	宿泊先	実費額	請求額※ (上限9,800円)
	年 月 日～ 年 月 日	泊		円	円
(妊婦との続柄：)	年 月 日～ 年 月 日	泊		円	円
※実費額(旅費条例の規定に準じて算出した額を上限)から1泊当たり2,000円を控除した額					合計 円(B)

【助成金申請額（①交通費＋②宿泊費）】

交通費計(A) (100円未満切り捨て)	宿泊費計(B)	市町村助成決定額(A+B) (市町村記載欄)
円	円	円

【記載上の注意】

- バス及び鉄道を利用した場合は、自宅又は宿泊先から医療機関まで通常利用される停留所間又は駅間の料金を記載してください。なお、往復で利用した場合は、往復料金を記載してください。
- 自家用車を利用した場合は、市町村が適当と認めた額を記載してください。（自宅、里帰り先以外は不可）

申請時必要書類

- 母子健康手帳写し（妊婦健康診査記録欄、出産時記録）
- 公共交通機関利用時の領収書
- 宿泊施設領収書（施設名、利用日等記載のあるもの）

市町村記入欄	課長	係長	課員	受付者
※記入しないでください。				